FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924 (1) — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PIERRE BONNEROT

né à Montceau-les-Mines (S.-&-L.) le 13 Mars 1897.

Travail du Laboratoire de Pathologie Externe
de la Faculté de Médecine

(Professeur LECÈNE)

Etude de quelques cas rares d'actinomycose humaine

Président de Thèse : Professeur LECÈNE

PARIS
ÉDITIONS MÉDICALES
7, RUE DE VALOIS, 7
1924

LE DOYEN . . . M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Phisiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÉNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeudique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI. . .	Pathologie médicale
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . .	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDUOIN . .	Pathologie médicale
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA . . .	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale
BUSQUET . . .	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . .	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale
FOIX	Pathologie médicale
GARNIER . . .	Pathologie expérimentale.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ *Henri*	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER .	Obstétrique.
LEMAITRE . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE . .	Pathologie médicale
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale
MATHIEU . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR . . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT .	Bactériologie.
RIBIERRE . .	Pathologie médicale
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIÈRE . .	Anatomie.
STROHL . . .	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale
TIFFENEAU .	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale
WELTER . . .	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT .	Pathologie médicale
GUÉNIOT . . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER .	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologique.

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY ... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU .. Clinique chirurgicale.
Laignel-Lavastine Clinique médicale.
LEREBOULLET Clinique médicale infantile.
LÉRI ..... Clinique médicale.
LŒPER .... Clinique médicale.
OMBRÉDANNE Clinique chirurgicale infantile.
PROUST ... Clinique chirurgicale.
RATHERY .. Clinique médicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
TERRIEN ... Cliniq. ophtalmologique.

V. - CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé ..... Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY ..... Stomatologie.
N... ..... Education physique.
LEDOUX-LEBARD ..... Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES SŒURS

A LA MEMOIRE VENEREE DE MES ONCLES

Les Docteurs GAGEY *et* MOUTTON

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur Widal;

M. le Professeur Lecène;

M. le Professeur Heitz-Boyer;

M. le Docteur Rivet, Médecin des Hôpitaux;

M. le Docteur Rudaux, Accoucheur des Hôpitaux;

M. le Docteur Devraigne, Accoucheur des Hôpitaux;

M. le Docteur Gouguet de Girac, Assistant de la consultation de chirurgie de l'Hôpital Beaujon;

M. le Docteur Morance, Médecin-chef du Sanatorium de l'Assistance Publique à Hendaye. B.-P.

A mon Maître et Président de Thèse

M. le Professeur LECÈNE

Professeur de Pathologie Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

Respectueux hommage.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/etudedequelquesc0000pier

CHAPITRE 1er

INTRODUCTION

On sait que l'actinomycose est une affection mycosique commune à l'homme et à la plupart des animaux domestiques, dûe au développement dans l'organisme d'un champignon très polymorphe du genre oospora qui se présente en général dans les tissus sous l'aspect de grains jaunes formés d'une masse centrale mycelienne enchevêtrée et d'une zône périphérique d'éléments claviformes ou massues.

Cette maladie est très commune chez les bovidés où elle intéresse surtout les maxillaires et la langue donnant alors le « sarcome de la mâchoire » et la « langue de bois » des anciens vétérinaires. Il semble en effet que cette affection soit connue depuis longtemps chez le bœuf. Cependant, chez l'homme, elle a été observée pour la première fois par Lebert à Paris en 1848, et ce n'est qu'en 1877 que Bollinger et Harz découvrirent le parasite et montrèrent la nature mycosique de l'affection. Depuis cette date, de nombreuses observations ont été publiée, et l'actinomycose est plus souvent diagnostiquée depuis que l'on sait la dépister par des coupes et des frottis.

Formes cliniques

Les localisations chez l'homme sont assez nombreuses. La plus fréquente est la localisation cervico-

faciale; on la rencontre environ dans 60 % des cas. Elle débute sur le maxillaire inférieur au niveau d'une dent cariée le plus souvent. Il se développe là un véritable phlegmon, qui se ramollit et donne de nombreuses fistules, s'ouvrant d'abord dans la cavité buccale, et plus tard sur la face.

Puis vient la forme pleuro-pulmonaire qui se rencontre environ dans 13 % des cas. Nous verrons par la suite que c'est une forme grave, en raison des métastases qu'elle peut donner au cours de son évolution.

L'actinomycose abdominale se rencontre aussi dans 13 ou 15 % des cas. Elle attaque divers viscères, appendice, foie, rectum, etc. La mortalité en est élevée.

L'actinomycose cutanée et l'actinomycose des membres sont relativement rares. L'actinomycose cérébrale dont le pronostic est fatal, reconnait toujours une origine métastatique.

Evolution anatomique et clinique des lésions

Arrivé dans la profondeur des tissus, le parasite va s'y développer en créant deux types de lésions : l'un, beaucoup plus fréquent chez les animaux, on pourrait même dire habituel chez le bœuf et le cheval, est le *type néoplasique*. L'autre, au contraire, *le type inflammatoire* se rencontre dans la plupart des localisations de la maladie chez l'homme.

Le type néoplasique se voit dans les tissus richement vascularisés, capables par conséquent, d'une réaction intense et dans lesquels le parasite virulent

ne peut étendre beaucoup son action; tels les tissus osseux et musculaires.

Pour le *type inflammatoire* il n'en va plus de même. Ici le processus de destruction l'emporte en intensité et en rapidité sur les réactions de défense. Grâce aux trajets multiples qu'il crée, le parasite s'avance de plus en plus loin, creuse de larges cavités abcédées ou plutôt de larges fistules, dissocie les muscles, dénude les os, détruit les ligaments, perfore les séreuses et parfois les vaisseaux et arrive enfin à la peau. Lorque les parties superficielles vont être atteintes, elles deviennent d'abord le siège de phénomènes congestifs retentissant sur de grandes surfaces. Il se produit alors un œdème caractéristique, intermédiaire, comme sensation donnée au doigt, entre la dureté des tumeurs et l'empâtement plus mou des inflammations.

Après un temps variable, la peau devenue livide et amincie, à surface violacée, finit par s'ulcérer, et donne alors issue à une sérosité louche entraînant, avec les grains jaunes, des produits de désintégration cellulaire. Plusieurs fistules prennent naissance, et ce fait que certaines d'entre elles se ferment par une cicatrice de guérison, tandis que d'autres continuent à apparaître dans les points voisins, constitue encore un des caractères spéciaux de l'actinomycose.

Nous avons eu l'occasion d'observer quatre cas d'actinomycose humaine qui ont tous une particularité qui permet de les distinguer des cas classiques de cette affection, cas qui ne mériteraient plus d'être publiés aujourd'hui. Ce sont :

1° *Une actinomycose primitive* de la paroi abdomi-

nale, développée dans les muscles de la région de l'hypochondre gauche.

2° *Une actinomycose cutanée primitive* dans la région du menton chez une fillette.

3° *Une actinomycose costale* à évolution aigue ressemblant à une ostéomyélite aigüe de la côte.

4° *Une actinomycose musculaire de la cuisse,* certainement métastatique, et développée chez un malade qui avait présenté auparavant une *actinomycose costale.*

Nous rapporterons successivement ces quatre observations inédites que nous devons à notre maître le Professeur Lecène, en les faisant suivre d'observations analogues déjà publiées.

CHAPITRE II

Actinomycose primitive des muscles de la paroi abdominale

OBSERVATION I. — (Professeur Lecène)

M. L. âgé de 65 ans, a vu apparaître depuis 4 à 5 mois une tuméfaction augmentant progressivement de volume dans la région de l'hypochondre gauche. Les douleurs ont été peu vives et c'est seulement la gêne légère des mouvements du tronc et la saillie de la tuméfaction qui inquiètent le malade. La tuméfaction, du volume du poing, est développée dans l'épaisseur même de la paroi abdominale. Elle est fixée par la contraction musculaire; la peau est adhérente et d'une couleur légèrement rouge violacée. Le malade présente le soir une température de 38°2; il n'y a pas de pertes de forces ni d'amaigrissement notable. L'appétit est conservé. Il n'y a jamais eu de diarrhée ni de melœna. L'examen radioscopique montre que l'estomac est normal et se vide facilement; un lavement baryté montre également l'intégrité et la perméabilité du colon. Il n'y a pas de syphilis antérieure et l'examen à ce point de vue est négatif. L'examen du sang donne 4 millions de globules rouges et 13.800 globules blancs, dont 60 % de polynucléaires, 30 % de lymphocytes, 2 % d'eosinophiles. Le diagnostic est très hésitant, il ne semble pas qu'il puisse s'agir d'une propagation à la paroi d'une lésion gastro-intestinale sus-jacente. On pense à une tumeur inflammatoire de nature indéterminée de la paroi musculaire de l'abdomen.

Opération. — Le 7 juillet 1922. — Chloroforme. — On fait une incision horizontale sur la tuméfaction pariétale où se trouve une couche épaisse de tissu lardacé qui infiltre la gaine du muscle grand droit et le muscle lui-même, on trouve, au centre de ce tissu lardacé, deux cavités contenant du pus mal lié et des bourbillons jaunâtres. On enlève en masse tous les tissus pathologiques en s'arrêtant en tissus sains : le péritoine n'est pas ouvert. On fait l'hémostase soigneusement et on referme la plaie en drainant largement. Par une

petite incision parallèle au rebord costal faite à distance de la tuméfaction pariétale, après changement de gants et d'instruments, on explore la cavité abdominale : on ne trouve aucune lésion de l'estomac, ni de la rate, ni de l'angle colique. Suture complète de l'incision exploratrice. Guérison en deux mois, sans fistule, maintenue depuis dix-huit mois. On donna de l'iodure à haute dose, une fois la nature de la tumeur précisée. Les coupes de la paroi fongueuse des abcès situés au centre de la tuméfaction contenaient des éléments tout à fait caractéristiques d'actinomycose qui ne laissaient aucun doute sur la nature de cette inflammation chronique des muscles abdominaux (mycelium avec disposition rayonnée très nette en certains points).

Le tableau clinique que nous présente ce malade est bien différent de celui que nous avons relevé dans maintes observations d'actinomycose de la paroi abdominale; ici, en effet, nous remarquons que l'évolution de la tumeur actinomysique se fait sur place, au sein des muscles de la paroi abdominale. Ainsi que l'a montré l'incision exploratrice, il n'y avait pas de propagation aux organes voisins intrapéritoneaux. Il s'agit donc d'une véritable tumeur à type néoplasique, comparable aux noyaux indurés, nettement limités, d'aspect sarcomateux, observés dans la langue de bois, ou au niveau des maxillaires chez le bœuf.

L'actinomycose de la paroi abdominale est au contraire le plus souvent secondaire à un foyer primitif gastro-intestinal. Le malade a généralement ressenti avant l'appartion de la tumeur des phénomènes gastro-intestinaux, tels que de la diarrhée dysenteriforme, des coliques douloureuses, souvent aussi des poussées de péritonite localisée. La propagation à la paroi se fait alors qu'il existe déjà une lésion de l'intestin parfois considérable. La tumeur pariétale ne tarde pas à se ramollir puis à s'ulcérer. Il se forme

alors plusieurs fistules qui laissent échapper un pus abondant de couleur jaune brun, d'odeur stercorale fétide, tenant en suspension les grains actinomysiques. Nous avons relevé plusieurs observations d'actinomycose de la paroi abdominale que nous rapportons ici, afin de montrer la grande différence d'évolution clinique qui les sépare de notre cas vraiment exceptionnel.

G. E. Stebline Kamynsky (Moscou) rapporte deux cas d'actinomycose de la paroi abdominale observés à la clinique du Professeur Spijarny (1910) et dont voici le résumé.

OBSERVATION II. — (Stebline Kamynsky)

Une femme de 49 ans est prise subitement de violentes douleurs dans la moitié gauche de l'abdomen. Un médecin constate à ce moment une tumeur grosse comme le poing, siégeant à gauche. Trois mois plus tard, cette tumeur a acquis le volume d'une tête d'enfant, elle est dure, élastique, nettement limitée, légèrement douloureuse à la palpation.

Intervention. — La tumeur à l'ouverture du péritoine présentait des adhérences à l'intestin et à l'épiploon.

Résection de toute la partie malade de l'épiploon de l'instestin grèle et du gros intestin adhérent sutures intestinales. Réfection de la paroi avec ce qui reste du grand épiploon qu'on suture au péritoine, puis avec un lambeau du grand oblique. — Guérison.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'actinomycose.

OBSERVATION III. — (Stebline Kamynsky)

Un homme de 56 ans voit survenir des douleurs abdominales et de la diarrhée. Il s'est peu à peu formé une infiltration dans la région appendiculaire sous forme d'une tumeur large comme une paume d'adulte, dure ahdérente à la paroi, douloureuse à la pression et recouverte de peau saine. Au bout d'un mois la tumeur se ramollit et on fait une incision. Un pus abondant s'écoule et l'examen histologique révèle la présence d'actinomycose.

Traitement interne par l'arsenic et l'iode, mais l'affection continue à évoluer, on doit ouvrir un abcès retroscapulaire, puis un abcès pulmonaire avec infection de la plèvre, et nécrose de la paroi costale.

Le malade meurt de cachexie moins de six mois après le début.

Michalkine (Nijni Novgorod) (1910) a observé également deux cas de la paroi abdominale.

OBSERVATION IV (Michalkine)

Un homme de 21 ans, trois mois après une appendicite voit apparaître une tumeur au niveau de la fosse iliaque droite. Peu à peu la tumeur se ramollit au centre; on ouvre un abcès sous aponevrotique avec fistules conduisant jusque dans la fosse iliaque. L'infiltration continue à s'étendre et atteint la paroi abdominale au niveau de l'arcade crurale. Nouvelle incision. Le pus examiné au microscope renferme des actinomyces. Il s'établit une suppuration chronique et le malade meurt trois mois et demi plus tard.

Michalkine croit que l'affection a débuté au niveau du cœcum, d'où le processus se serait étendu à la paroi abdominale.

OBSERVATION V (Michalkine)

Un homme de 27 ans qui ressent des douleurs abdominales sans causes, sans caractères ni localisations nets, pas de troubles intestinaux. Puis apparaît une tuméfaction dure et douloureuse de la moitié gauche de l'abdomen. Un mois après le début, en mai, on pratique une incision. Dans le pus on trouve des actinomyces. En septembre suivant guérison de la plaie. Trois mois plus tard nouvelle tuméfaction avec fistule secrétant du pus actinomycosique.

Ablation sous chloroforme de toute la zone infiltrée. De nouveau trois mois plus tard une autre tuméfaction apparaît, envahissant toute la paroi et le péritoine. Une fistule se forme et son trajet conduit jusque sous la symphyse pubienne. Aucun trouble urinaire. En février de l'année suivante, excision de toute la tuméfaction et des trajets. Cette fois la guérison fut obtenue.

Le malade revu cinq ans après était toujours en bonne santé.

Barthelemy et Guillemin dans la « Revue Médicale de l'Est » (1921) rapportent deux cas d'actinomycose de la fosse iliaque droite.

OBSERVATION VI (Barthelemy et Guillemin)

Il s'agit d'une femme de 60 ans jouissant d'une bonne santé habituelle. L'affection a commencé le 5 avril 1920 par un abcès de la paroi abdominale qui a évolué sans température

ni phénomène d'infection. Le 5 septembre ouverture de l'abcès qui donne issue à du pus et à du sang. Depuis ce moment la suppuration ne s'est pas tarie. Cet état reste stationnaire jusqu'au 15 novembre, date à laquelle une recrudescence de la suppuration et l'apparition d'autres abcès plus petits amènent la malade à l'hôpital.

L'examen bactériologique n'a d'abord pu déceler aucune trace d'actinomycose, mais à un examen ultérieur on a observé la présence dans les leucocytes polynucléaires, de massues et fragments de massues phagocytes, ce qui confirme le diagnostic d'actinomycose que la clinique avait permis de porter.

OBSERVATION VII (Barthelemy et Guillemin)

Jeune homme de 17 ans qui a présenté pendant trois jours de la diarrhée en même temps qu'une douleur assez marquée dans la fosse iliaque droite. Puis dans les jours qui suivent apparaît une tuméfaction qui ne tarde pas à s'ulcérer. Les téguments sont rouges violacés. La pression fait sourdre par les fistules un liquide abondant contenant des grains blanchâtres. L'examen bactériologique de ces grains révèle qu'ils sont formés par un mycélyum ramifié, non cloisonné et la présence de massues d'actinomyces types.

Dans notre cas, au contraire, il s'agissait d'une véritable forme néoplasique envahissant les muscles de la paroi abdominale, sans qu'il y eut de lésion intrabdominale sous-jacente décelable. Il est bien probable que le parasite avait été apporté au niveau des muscles par la voie sanguine, comme dans notre dix-huitième observation. (v. p. 27).

Les auteurs classiques semblent tous jusqu'à présent considérer les *métostases* comme rares dans l'actinomycose humaine; il nous semble au contraire que ce mode de propagation de l'actinomycose est probablement beaucoup moins rare qu'on ne le dit. En tous cas nos deux observation (I et XVIII) tendent à le démontrer.

CHAPITRE III

Actinomycose cutanée primitive

OBSERVATION VIII (Pr. Lecène)

Une enfant de 9 ans a toujours habité la Touraine; elle est fort bien portante et n'a jamais été gravement malade depuis sa naissance. En particulier, elle ne tousse pas et ne présente pas de lésions ganglionnaires ou ostéoarticulaires.

Depuis deux ans, est apparue, dans la région sous maxillaire droite, un peu au-dessous du menton, une lésion cutanée qui a les dimensions d'une pièce de un franc environ. C'est une petite ulcération, rouge violacée, ne reposant pas sur une base indurée. Toute l'épaisseur de la peau est prise et il se forme après les pansements une croûte superficielle qui tombe facilement et laisse voir un tissu molasse et fongueux. Il n'y a pas autour de l'ulcération d'éléments cutanés analogues aux nodules lupiques. Il n'y a pas d'adenopathie sous maxillaire ni carotidienne. Les tissus sous-jacents à l'ulcération cutanée paraissent intacts, et la peau ulcérée se mobilise facilement; on a pensé à une tuberculose cutanée ou à une mycose (l'enfant vit beaucoup à la ferme et joue avec les animaux). L'apparition de la lésion cutanée a coïncidé avec une carie de la prémolaire inférieur droite. On pense qu'il s'agit peut-être d'actinomycose. Un traitement à l'iodure fut prescrit, mais il ne modifia guère l'ulcération. On se décida alors à faire l'excision complète de la lésion cutanée, avec suture immédiate.

Le 16 septembre 1921, anesthésie au chlorure d'éthyle prolongée. Excision de l'ulcération avec une collerette d'un demi-centimètre de peau saine tout autour, légère mobilisation de la peau, suture avec des crins fins. Guérison simple et cicatrice à peine visible au bout de quelques mois. Guérison maintenue depuis deux ans et demi. L'examen histologique des bords de l'ulcération cutanée a permis d'y déceler des éléments absolument caractéristiques d'actinomycose avec mycelium très abondant et massues périphériques qui ne laissent aucun doute sur la nature de l'ulcération.

L'actinomycose cutanée primitive est d'observation très rare chez l'homme. Très peu de cas ont été pu-

bliés jusqu'à ce jour. La contagion se fait soit à la faveur d'un traumatisme, soit au niveau d'une pustule d'acné. Ici, chez notre petite malade, on peut penser que le parasite pénétra par la gencive au niveau d'une dent cariée, puis traversa les plans profonds sans y laisser de traces. Mais il n'est pas du tout certain qu'il ne s'est pas agi ici d'une inoculation directe de la peau.

La plupart des cas d'actinomycose cutanée affectent la forme nodulaire multiple, avec base indurée, enchassée dans le derme, envahissant au bout d'un certain temps le tissu cellulaire sous-cutané et se prolongeant à travers les plans celluleux intermusculaires jusqu'au voisinage du squelette; chez notre malade, l'ulcération est restée stationnaire pendant deux années. L'excision qui fut pratiquée montra qu'il n'y avait aucune propagation du parasite dans les tissus sous-jacents.

L'évolution clinique de cette forme cutanée est bien différente de celles que nous avons rencontrées dans quelques observations antérieurement publiées et dont nous donnerons ici un résumé.

OBSERVATION IX (Poncet et Berard)

Une malade âgée de 32 ans vient consulter pour une affection cutanée de la joue gauche ayant débuté il y a moins de quatre mois. Une petite nodosité est apparue à un centimètre au-dessus de la commissure labiale gauche. La peau rougit puis s'ulcéra à son niveau. L'extraction d'une pré-molaire un peu cariée mais indolore qui fut regardée comme la cause de l'infection n'enraya pas ses progrès. En effet, à côté de la première élevure, une seconde apparut, puis une troisième et ainsi de suite en passant par les mêmes étapes. Au bout de trois mois, les lésions avaient progressé vers la profondeur et déterminé l'apparition d'un trismus intense presque absolu, avec aggravation notable des phénomènes locaux.

Du côté de la muqueuse, aucune ulcération, aucune fistule. La palpation perçoit le relief intense des élevures et en plus une grande quantité de petites nodosités, mobiles et superficielles, grosses comme des grains de millet. Au point de vue étiologique la malade s'est infectée au contact des bestiaux.

OBSERVATION X (Poncet et Bérard)

M. V. âgé de 66 ans. Pendant qu'il est occupé à battre du blé en grange, se développe sur le dos de la main droite un petit noyau indolore, qui peu à peu grossit et se transforme en tumeur. Huit mois après la tuméfaction qui simule le lupus, occupe le tiers du dos de la main. Les plans superficiels sont bosselés, amincis, livides et comme parcheminés, quelques squames s'en détachent. Ça et là, plusieurs fistules éparses à bords décollés, à produit sero- purulent, granuleux. L'ensemble des lésions ne dépasse pas en profondeur le plan cellulaire sous-cutané.

Traitement par l'excision de la tumeur. Guérison.

OBSERVATION XI (A. Girardi)

Une malade âgée de 38 ans a ressenti 5 mois avant d'entrer à l'hôpital de violentes brûlures dans la région fessière droite. Au même point se montre une zone de couleur rouge bleuâtre, grande comme une pièce de 5 francs. Quelques jours après il se forme là un épaississement nodulaire non douloureux, pris d'abord pour un furoncle. Plus tard, d'autres formations apparaissent dans le voisinage, au bout de 3 semaines elles s'ulcèrent et secrètent une grande quantité de pus. A son entrée à l'hôpital, la malade est amagirie et anémiée. On trouve dans la région fessière droite quatre grandes ulcérations à contour polycyclique, à fond granuleux, saignant facilement, parsemées de points jaunes, à bords bourgeonnant en choux fleurs avec des fistules secrétant beaucoup de pus. Pas d'adénopathies. L'examen microscopique des granulations jaunes confirme l'hypothèse d'actinomycose.

On a accepté comme étiologie le fait avoué par la malade qu'elle s'assoit fréquemment à nu sur la terre nue.

Dix jours après on incise la région fessière de la malade. Il sort un peu de pus et on constate l'infiltration de la région jusqu'au squelette qui est intact. Curettage, désinfection à la teinture d'iode, tamponnement.

Pendant les deux mois qui suivent, le traitement ioduré

est continué. La cicatrisation se pousuit et l'état général s'améliore.

Mais on est de nouveau obligé d'intervenir dans la région sacrée, où se forme une nouvelle masse granuleuse. Incisions et curettage. Il se forme alors une fistule stercorale et la malade meurt au bout de quinze jours.

Dans notre cas, le diagnostic d'actinomycose ne fut possible qu'une fois le segment cutané malade enlevé et examiné microscopiquement : cliniquement, on devait bien plutôt penser dans notre cas à une tuberculose cutanée locale bien qu'il n'y eut pas de tubercules lupiques au voisinage. Le traitement chirurgical était le seul qui put guérir rapidement et simplement la malade.

CHAPITRE IV

Actinomycose costale à évolution aigue

OBSERVATION XII (Pr. Lecène)

M. F. âgé de 49 ans, employé de commerce habitant Paris, entre le 21 juin 1923 à l'Hôpital Saint-Louis. Le malade présente une tuméfaction douloureuse siégeant au niveau de la région thoracique droite. Le malade dit n'avoir jamais été sérieusement souffrant jusqu'en mars dernier. A ce moment il eut une bronchite sans fièvre, mais avec toux et expectoration abondante. Il ressentit en même temps des douleurs vagues dans le côté droit du thorax, douleurs qu'il qualifie de rhumatismes. Dans les premiers jours de juin, il y a trois semaines, le malade vit apparaître au niveau de la paroi thoracique droite, une tuméfaction chaude et douloureuse qui a augmenté progressivement de volume et le fait souffrir. En même temps de la fièvre apparaît (38°5 le soir); le malade maigrit et perd l'appétit. On constate au niveau de la partie postérieure et latérale droite du thorax, à la hauteur des 8e et 9e côtes, une tuméfaction du volume d'un gros poing, douloureuse et accompagnée d'une modification de couleurs des téguments, ceux-ci sont rouges violacés, la peau est infiltrée, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané; à la pression on détermine des couleurs d'autant plus vives qu'on s'approche davantage du centre de la tuméfaction. On ne sent pas de fluctuation nette, mais un empâtement diffus qui infiltre toute l'épaisseur de la paroi thoracique. A l'auscultation et à la percussion on ne découvre aucun signe d'épanchement pleural, ni de lésions du parenchyme pulmonaire. La radioscopie montre que les deux champs pulmonaires sont clairs, quelques ombres hilaires à droite, mais peu marquées, le cœur est normal. Le malade crache un peu : ses crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch.

On rejette le diagnostic d'abcès froid de la paroi costale, infecté secondairement, et l'on porte celui d'ostomyelite costale.

Opération. Le 26 juin. — Chloroforme. — Incision large de la tuméfaction de la paroi thoracique, on traverse une

couche épaisse de tissus lardacés puis on ouvre une collection suppurée, qui contient un verre à bordeaux de pus fétide. La 8e et la 9e côtes sont légèrement dénudées sur une petite étendue. On ne fait pas de résection costale. On tamponne la cavité suppurée, on réunit partiellement.

Les suites furent simples. On fit des pansements à l'iodalbumine Lumière, et on donna à l'intérieur de l'iodure à la dose de 6 grammes par jour, quand la nature du pus fut connue. Le malade sortit guéri au bout d'un mois. Il a été revu guéri sans fistule six mois après. L'examen du pus montra l'absence de tout microbe. Les cultures furent négatives sur milieux aerobies et anaerobies usuels. Mais dans les coupes de la paroi fongueuse de la cavité purulente on put déceler des éléments typiques d'actinomycoses avec mycelium très abondant et tout à fait caractéristiques.

Les localisations thoraciques de l'actinomycose sont avec les localisations abdominales celles qui ont causé chez les cliniciens les méprises les plus nombreuses et les plus grossières. En effet toute affection inflammatoire ou néoplasique peut être simulée par l'actinomycose, depuis l'endocardite aigüe, la gangrène, la tuberculose, le cancer du poumon, jusqu'au sarcome des parties molles. Nous verrons dans notre dix-huitième observation, qui concerne au début une forme thoracique, que le diagnostic de sarcome avait été porté par un médecin réputé, chez un malade présentant une tumeur de la paroi thoracique depuis un an.

Ici, la première erreur a été faite avec la tuberculose : les deux affections présentant quelques points de ressemblance, fièvre, amaigrissement, asthénie, toux légère. Le diagnostic a été rejeté à la suite d'un examen de crachats. On pensa alors à l'*ostéomyélite aigüe* de la paroi costale. Le début de l'affection rappelle en effet celui d'une ostéomyélite costale à forme lente, avec température locale augmentée, fièvre à

38°5, douleurs exaspérées à la pression. Dans les observations antérieures publiées, la confusion semble surtout avoir été faite avec la tuberculose à réaction plurale. L'erreur était d'autant plus fatale que la percussion et l'auscultation ainsi que la ponction exploratrice donnaient des signes d'épanchement pleural.

M. Netter (Poucet et Berard : Actinomycose humaine) cite un bel exemple d'actinomycose thoracique.

OBSERVATION XIII (Netter)

Mme C..., petite, chétive, est prise en juin (189.) de douleurs fugaces dans le côté gauche de la poitrine.

Respiration difficile. Toux. Au mois d'août, signes d'épanchement, en arrière, dans la moitié inférieure du poumon gauche. Ponction exploratrice positive, liquide sero-fibrineux.

Après ce traitement amendement notable des symptômes, puis au bout de 6 jours, cette amélioration cesse. Altération considérable de la santé. La malade maigrit.

L'œdeme thoracique persiste. Il est dur et il semble qu'une induration profonde fasse corps avec la côte. Puis quelques jours après on constate une vague fluctuation. On fait une incision de 2 centimètres. Il s'écoule du pus où l'on trouve les grains jaunes d'actinomycose. On ordonne un traitement à l'iodure de potassium, dont l'effet est instantané et miraculeux. Guérison au bout d'un traitement ioduré de 4 semaines.

OBSERVATION XIV (Lichterfeld 1922)

Un malade âgé de 56 ans, boulanger, fut amené à l'hôpital le 3 mars 1921 avec le diagnostic de pleurésie purulente droite. Début de l'affection en décembre 1920 par des phénomènes de toux et d'élancements dans le côté droit. Cependant à côté des symptômes d'épanchements, on notait l'existence d'une tuméfaction de couleur d'albâtre, tuméfaction large comme la paume de la main, ni douloureuse, ni fluctuante, et siégeant au niveau du mamelon droit. La ponction exploratrice permit de retirer un litre de sérosité louche et l'examen bactériologique montra qu'il ne s'agissait pas de tuberculose. Pensant alors à un sarcome ou à un carcinome Lichterfeld pratiqua une biopsie au niveau de la tumeur, ce qui permit d'en reconnaître le caractère actinomycosique. Fistulation de la plaie et apparition d'abcès métastatique, en différents autres points de l'organisme. Décès environ 4 mois après.

OBSERVATION XV (Opokin 1909)

Un malade entre à l'Hôpital pour « pleurésie purulente avec fistule broncho-pleurale ». On fait une douzaine de ponctions, avant de découvrir du pus au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. On fait alors l'opération de l'empyème avec resection de la sixième et de la 7e côtes.

Successivement on est amené à inciser un certain nombre d'abcès. Toujours on trouve de l'actinomycose dans le pus. L'état général décline peu à peu et le malade ne tarde pas à succomber.

OBSERVATION XVI (Opokin 1909)

Chez un jeune homme de 18 ans, on porte le diagnostic d'actinomycose à la suite de l'examen du pus sortant par des fistules de la paroi thoracique. On tente alors une opération, et le malade succombe quelques mois après, dans la cachexie.

OBSERVATION XVII (Opokin 1909)

Une femme de 27 ans, voit les accidents débuter avec les signes d'une pleurésie aigüe. Au bout de six mois la toux est devenue continuelle et on constate du sang dans les crachats. Au-dessous du sein droit et le refoulant en avant une tumeur s'étend de la troisième côte à la matité hépatique. On suppose un abcès froid par carie de la côte chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire et de pleurésie. Toutefois on ne trouve pas de bacilles de Koch dans l'expectoration.

A l'opération, on pénètre dans une poche remplie de liquide purulent. Cette cavité communique par une fistule à travers le 5e espace intercostal avec une autre poche intrathoracique, ayant le volume d'une orange et intéressant le poumon. On curette, on draine et on suture. L'hypothèse exprimée au cours de l'opération qu'il s'agit non de tuberculose, mais d'actinomycose se confirme à l'examen microscopique. On prescrit de l'iodure de potassium à la dose quotidienne de 4 grammes.

Trois mois plus tard on excise une métastase qui s'est développée au niveau de l'épaule droite et on profite de cette occasion pour curetter à nouveau l'ancien foyer opératoire qui suppure toujours beaucoup.

A partir de ce moment il se produit une amélioration notable. On continue l'iodure, sauf pendant de brèves périodes de repos, que rendent nécessaires des phénomènes d'intolérance. Quinze mois après les premiers accidents il subsiste toujours deux fistules thoraciques. Derrière la 7e côte que l'on réséque

sur une longueur de 5 centimètres on trouve une petite poche dont le pus renferme le champignon spécifique et que l'on curette. Au bout d'un an, l'état général est devenu excellent, mais comme il persiste un trajet fistuleux, on intervient une fois de plus (la quatrième) le pus et les bourgeons charnus, que ramène la curette ne renferment plus d'actinomyces. C'est le seul cas, sur les 7 observés, où Rasumowsky, dans le service duquel ont été recueillis les observations, ait obtenu la guérison.

CHAPITRE V

Actinomycose métastatique du muscle quadriceps fémoral

OBSERVATION XVIII (Pr. Lecène)

Un homme âgé de 66 ans commence à souffrir à l'âge de 61 ans d'une légère gêne dans l'hypocondre gauche avec douleurs assez violentes dans les mouvements. Une tuméfaction se produit au niveau des 9e, 10e et 11e côtes gauches, sur la ligne axillaire antérieure. Un médecin réputé est consulté et fait le diagnostic de sarcome. Le malade avait maigri de trente kilogrammes. Le malade reste au lit pendant presque un an et perd ses forces. La tuméfaction est toujours aussi volumineuse et présente plusieurs points violacés qui menacent d'ulcérer la peau. Un chirurgien décide alors de faire la résection des côtes malades. Celle-ci est faite, deux ans après le début des accidents : la pièce enlevée est examinée et montre qu'il s'agit d'actinomycose. La cicatrisation se fait presque complètement sauf deux fistules qui mènent sur l'os. Le malade vient alors à l'hôpital Saint-Louis. Par les deux fistules s'écoule un liquide gommeux avec quelques grains jaunes typiques. L'examen microscopique montre qu'il s'agit bien en effet d'actinomycose. On fait un traitement énergique par l'iode, à l'intérieur et par des injections locales d'iode. L'amélioration est considérable et les fistules se ferment progressivemnt. Au bout de six mois de traitement, il ne reste qu'un seul trajet insignifiant qui ne donne presque rien. L'état général est bon, et le malade a repris plusieurs kilogrammes.

Au mois de juillet 1923, soit cinq ans après le début des accidents costaux, le malade commence à souffrir au niveau de la cuisse gauche. Les mouvements de l'articulation du genou sont assez limités et il vient consulter.

La peau de la partie inférieure de la face externe de la cuisse guache est violacée et menace de s'ulcérer. Au-dessous, on sent une tuméfaction profonde qui occupe le quadriceps et s'étend jusqu'à la partie interne de la cuisse. L'articulation du genou ne présente pas d'épanchement liquide ni d'épaississement de la synoviale. Le malade a de la fièvre : 38°5 le soir, il a même eu plusieurs frissons. Le malade entre le 23 octobre à l'Hôpital Saint-Louis, à ce moment la tuméfaction profonde ulcère la

peau au niveau des plaques cutanées, violacées, et il s'écoule du liquide sero purulent. Une radiographie faite le lendemain montre l'intégrité du fémur.

Opération le 25 octobre 1913. Excision par une incision externe de toute la tuméfaction profonde de la cuisse gauche : du tissu lardacé, parsemé de cavités remplies de fongosités molles et de liquide sero-purulent, a envahi tout le quadriceps. On enlève la totalité des lésions microscopiquement visibles. Hemostase, tamponnement de la plaie avec suture partielle. Pansements isolés, iode à l'intérieur à haute dose, La guérison se fait progressivement et actuellement (fin janvier 1924) il ne reste qu'une petite surface granuleuse au niveau de l'incision. L'état général est bon et le malade ne souffre plus.

L'examen microscopique de la paroi des cavités fongueuses qui se trouvaient à l'intérieur du quadriceps a permis d'y déceler la présence de grains d'actinomycose typique avec mycelium bien développé et couronnes de massues très nettes.

Les lésions métastatiques dans la forme pleuro-pulmonaire sont assez fréquentes. C'est pourquoi cette localisation de l'actinomycose est de beaucoup la plus grave.

Au début nous avons vu que le tableau clinique était très obscur. Le malade est resté au lit pendant une année durant laquelle le parasite a pu se propager par contigüité et par la voie sanguine. En effet, cela est facile à comprendre, si l'on songe à la facilité qu'offre pour la dissémination des germes, la richesse vasculaire du poumon.

Si les foyers actinomycosiques s'ouvrent dans une branche de l'artère pulmonaire l'infection se dissémine dans tout le poumon, s'ils s'ouvrent dans une veine pulmonaire, les germes infectieux vont aller s'éparpiller par tout le corps. C'est ce qui s'est passé chez notre malade. Un noyau métastatique est venu se fixer au niveau de la cuisse où il reste durant cinq ans à l'état latent pour enfin former une tumeur nettement limitée dans le quadriceps fémoral.

Plusieurs observations ont été publiées de lésions métastatiques dues à l'actinomycose. Presque toutes concernent des formes pleuro pulmonaires ou thoraciques.

OBSERVATIONS XIX et XX (Kolacjeck 1913)

Kolaczek a publié deux cas d'actinomycose de la paroi costale, ayant donné des abcès pleuro-pulmonaires avec métastases disseminées par tout le corps.

Sur l'un des malades on a pu compter jusqu'à quinze foyers métastatiques. Les foyers furent traités par l'incision, le curettage et le tamponnement. Il y eut quelques guérisons locales mais finalement les deux malades succombèrent.

OBSERVATION XXI (W. Holland 1913)

Un aliéné de 62 ans entre dans le service de Grön pour des abcès multiples de la paroi antérieure du thorax. Au lieu de céder au traitement habituel, ces abcès ne font que se multiplier et des métastases apparaissent à la hanche, à la main, à la jambe, à la cuisse. A l'examen du pus on finit par constater qu'il s'agit d'actinomycose.

On fait alors prendre au malade 2 gr. d'iodure de potassium par jour. Mais son état continue à s'aggraver et il succombe deux mois et demi après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouve des foyers actinomycosiques dans le foie et dans les reins.

Nous croyons utile d'insister sur l'existence de ces formes métastatiques d'actinomycose chez l'homme. Jusqu'ici on admettait que le parasite actinomysique évoluait surtout sur place, envahissant de proche en proche les tissus et ne donnait presque jamais naissance à l'apparition de foyers disséminés à distance, évidemment par la voie sanguine. Nos observations I et XVIII et celles que nous venons de citer montrent que l'actinomycose peut parfaitement essaimer dans l'organisme et provoquer l'apparition dans un muscle, par exemple, situé fort loin de la lésion primitive, d'un foyer actinomycosique. Cette notion anatomo-clinique nous semble importante à mettre en relief; sa connaissance pourra être à l'avenir utile au clinicien dans l'établissement d'un diagnostic exact et par conséquent d'un traitement efficace.

CHAPITRE VI

Importance du Diagnostic

Nous avons vu avec quelle facilité on confondait en clinique l'actinomycose avec nombre d'autres affections; les causes d'erreur sont encore bien plus nombreuses lorsque le champignon n'est pas décelable. Cependant cette dernière éventualité est assez rare. En général, pour déceler la présence de l'actinomyces dans un tissu ou dans les secrétions purulentes on fait un examen sur des liquides provenant de collections ou d'ulcérations fistuleuses, plus rarement sur des crachats, dans l'actinomycose pulmonaire, sur des urines, dans l'actinomycose génito-urinaire, et enfin sur des matières fécales dans le cas d'une localisation intestinale. De même, on cherche le parasite dans les tissus malades et plus particulièrement, ainsi qu'il a été fait pour nos quatre malades, dans les *fongosités* et parfois les caillots sanguins extraits à la curette, ou sortis spontanément d'un orifice fistuleux.

Presque toujours l'actinomycose se présente, comme nous l'avons observé dans nos quatre cas soit sous forme d'agglomérations caractéristiques qui constituent les grains jaunes, soit sous forme de quelques forme de mycélium avec quelques massues très nettes.

La première précaution à prendre pour examiner des liquides ou des tissus suspects, est de les étendre sur une lame de verre, à l'aide d'une aiguille

ou d'une curette, et de les étaler en une couche mince. De cette façon on pourra mettre quelques grains jaunes en évidence, et porter ensuite ceux-ci sur une lame où ils subiront l'une des deux méthodes de coloration suivantes :

1° Ou bien on emploiera les couleurs d'aniline (violet de gentiane - bleu de méthyle) qui colorent les filaments myceliens des grains jaunes. Ces derniers en effet, gardent le Gram.

2° Au contraire, si l'on veut apercevoir les massues de la couronne périphérique, on emploiera soit le picro-carmin, soit le carmin ou l'éosine, qui donneront des teintes jaunes, orangées, roses ou rouges.

Dans les coupes la recherche du parasite n'est pas aussi simple. Le parasite détermine en effet, autour de lui une zone de nécrose qui isole plus ou moins complètement le grain jaune des éléments voisins et lui permet d'en être détaché par la simple poussée du rasoir.

La technique de la coloration du parasite est la même que celle que nous avons décrite ci-dessus. Avec le picro-carmin on obtient une triple coloration. Les cellules animales ont une teinte rouge franc ou rosée, les massues sont en orangé le mycélium en bleu ou en violet.

CHAPITRE VII

Importance de l'association du traitement chirurgical et antiparasitaire

Les auteurs allemands et autrichiens avaient proclamé dès 1892 la supériorité du bistouri et de la curette sur tous les traitements médicamenteux dans l'actinomycose.

Schlange et Carré à un congrès des chirurgiens Allemands en 1895, insistèrent pour que l'on intervint chirurgicalement de la façon la plus précoce possible.

A ce moment, il est vrai, l'emploi de l'iodure de potassium n'était pas aussi généralisé qu'il l'est aujourd'hui et le nombre des améliorations réalisées par lui n'était pas aussi important. Néanmoins, ce que nous savons actuellement sur le pouvoir spécifique très relatif de l'iodure ne nous permet pas de le considérer autrement que comme un adjuvant très précieux du traitement chirurgical.

Par conséquent dès que l'on aura diagnostiqué un foyer d'actinomycose, en même temps que l'on administrera au malade le traitement ioduré on interviendra chirurgicalement toutes les fois que cela sera possible anatomiquement. On fera dans la mesure du possible l'extirpation totale des lésions dûes au parasite. On ne se bornera pas à faire des incisions limitées, des curetages superficiels, qui laisseraient le parasite envahir les régions profondes. On fera au con-

traire de larges incisions, qui seront suivies de curetages, de lavages, de tamponnements antiseptiques, à la teinture d'iode par exemple, comme il a été fait pour nos quatre malades. De même on administrera de l'iodure de potassium à l'intérieur pendant cette période. Ce médicament pourra empêcher les récidives ou les métastases de se produire ultérieurement. Il ne faudra pas craindre de donner de hautes doses. Dans une observation de Rasumowsky, une malade a absorbé plus de 1.200 grammes d'iodure dans les trente mois qui ont suivi l'opération. (Il s'agissait d'une forme grave pleuro-pulmonaire, dont la guérison fut définitive).

En résumé, l'association d'une thérapeutique chirurgicale locale et de l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur, constituent le traitement de choix de l'actinomycose dans la plupart des cas.

La solution iodo-iodurée de Lugol peut être aussi employée, dans ces cas avec avantage : elle sera prise à la dose de quatre cuillerées à soupe par jour pendant quinze jours consécutifs, avec arrêt de huit jours et reprise : il ne faudra pas craindre de continuer fort longtemps ce traitement.

Nous n'avons pas l'expérience de l'emploi des rayons X sur la lésion locale dans les cas d'actinomycose humaine. La rœntgenthérapie a été recommandée en Allemagne surtout et certains auteurs en ont publié des résultats encourageants.

CONCLUSION

1° L'actinomycose chez l'homme peut revêtir des aspects cliniques très variés. En dehors de la forme cervico-faciale, la plus fréquente et la mieux connue, on peut observer des *actinomycoses cutanées* primitives, sans lésions des tissus sous-jacents; des *actinomycoses musculaires* métastatiques évoluant ensuite pour leur propre compte, et simulant des néoplasmes musculaires ou des myosites spécifiques; enfin des *actinomycoses osseuses à évolution aigüe* ressemblant à une ostéomyélite banale. Nous avons rapporté dans ce travail des observations inédites de ces variétés rares d'actinomycose chez l'homme.

2° L'existence possible, au cours de l'actinomycose humaine, de foyers métastatiques musculaires qui évoluent localement ensuite, est peut-être plus fréquente qu'on ne l'a cru et enseigné jusqu'ici. En tous cas, nous en rapportons deux observations authentiques inédites. Le diagnostic, avant l'intervention, est, comme on le comprendra facilement, très difficile dans ces cas : il faut en effet examiner avec beaucoup de soin les tissus pathologiques et surtout les fongosités pour y trouver le parasite; avant l'intervention, le diagnostic d'actinomycose ne peut être que probable.

3° L'association du traitement chirugical local, et l'administration de l'iodure de potassium à haute dose

nous parait être toujours le traitement de choix dans les cas d'actinomycose humaine.

Il faut s'attacher à enlever le plus largement possible les lésions inflammatoires, pseudo-néoplasiques, locales et continuer ensuite très longtemps l'emploi de l'iodure de potassium ou de solution de Lugol.

Vu, le Président de thèse, — Pr. LECENE

Vu, le Doyen, — M. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
M. APELL.

BIBLIOGRAPHIE

BARTHELEMY et GUILLEMIN. — *Deux cas d'actinomycose de la fosse iliaque droite* (Revue Médicale de l'Est 1921. Tome 49, N° 4, page 135 - 139.

A. GIRARDI. — *Un cas d'actinomycose humaine primitive de la peau.* Gazetta Medica italiana. Tome LXI N° 37 et 38, 15 et 22 septembre 1910, pages 361-365 et 374-375. 3 figures.

W. HOLLAND. — *Un cas d'actinomycose primitive de la peau, considérations sur l'incubation et la latence de l'actinomycose.* Nowk Magasin for Lacgevidens Raben. Tome LXXIV N° 8, août 1913, p. 1048, p. 1075.

G. E. STEBLINE KAMINSKY. — *Actinomycose de la paroi abdominale antérieure* (Chirourguia, tome XXVIII N° 163 juillet 1910 page 41 à 53, 2 figures.

KOLACZEK. — *Infection générale et métastases dans l'actinomycose.* Beiträge zur Klinischen Chirurgie. Tome XCIII, fasc. I, juillet 1914, page 136 - 146.

LICHTERFELD. — *De l'actinomycose pulmonaire primitive.* Deustche Medizinische wochenschrift 1922. Tome XLVIII, N° 24, page 801 - 802.

MICTIALKINE. — *Sur l'actinomycose des intestins et des parois abdominales.* Chirourguia XXVI N° 153 novembre 1909.

A. A. OPOKIN. — *L'actinomycose pleuro-pulmonaire en Russie.* Archiv für Klinische Chirurgia 1909. Tome LXXXVIII fasc. 2, page 460 à 478.

PONCET et BERARD. — *Traité clinique de l'Actinomycose humaine.* — *Pseudo-actinomycoses et Botryomycose.* 1898.